

**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 41/2021 z dnia 30 lipca 2021 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej**  
**„Opieka okołoporodowa dla mieszkańców Miasta Słupska na lata**  
**2022-2030”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Opieka okołoporodowa dla mieszkańców Miasta Słupska na lata 2022-2030”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag

**Uzasadnienie**

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada przeprowadzenie edukacji w zakresie opieki okołoporodowej. Opanowanie wiedzy i umiejętności praktycznych stanowi istotny element przygotowania do rodzicielstwa, szczególnie w przypadku kobiet spodziewających się pierwszego dziecka. Zarówno populacja docelowa programu, jak i zaplanowane interwencje, określono zgodnie z wytycznymi.

Zaproponowany projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i stanowi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

Ponadto, opiniowany projekt realizuje następujący priorytet „poprawa jakości skuteczności opieki okołoporodowej oraz opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości warto uwzględnić w opisie projektu poniższe uwagi odnoszące się do założeń programu:

- Cel główny i cele szczegółowe wymagają wskazania wartości docelowych.
- Opis mierników efektywności należy uzupełnić tak, aby odpowiadały wszystkim celom programu i umożliwiły jego ewaluację.
- Większość wskaźników dotyczących ewaluacji nie została zaplanowana w sposób poprawny, przez co dokonanie oceny efektów po zakończeniu działań będzie utrudnione.
- Budżet programu należy uszczegółowić w zakresie wskazania kwot przeznaczonych na poszczególne interwencje składające się na koszt jednostkowy.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący opieki okołoporodowej. Całkowity budżet programu oszacowano na 1 764 600 zł, zaś okres realizacji programu obejmuje lata 2022-2030.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 z późn. zm.) wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

### **Ocena projektu programu polityki zdrowotnej**

#### Znaczenie problemu zdrowotnego

Opiniowany program realizuje następujący priorytet zdrowotny: „*poprawa jakości skuteczności opieki okołoporodowej oraz opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3*”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

Oceniany projekt odnosi się do złożonego problemu zdrowotnego, jakim jest opieka okołoporodowa. Odniesiono się do definicji zdrowia prokreacyjnego oraz do zadań należących do szkół rodzenia. Zwrócono uwagę na istotność edukacji przedporodowej, która wpływa na utrzymanie dobrostanu psychofizycznego nie tylko ciężarnej kobiety, ale również partnera oraz rodziny.

Projekt programu zawiera również opis danych epidemiologicznych korelujących z wybranym problemem zdrowotnym. Odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej w skali ogólnopolskiej oraz lokalnej. Nie odniesiono się do map potrzeb zdrowotnych.

W pierwszych latach transformacji w Polsce urodziło się około 550 tys. dzieci rocznie, a współczynnik urodzeń żywych (na 100 osób) wynosił 10,2- 10,6%. Dodatkowo w ostatnim czasie można zauważyć wzrost średniego wieku kobiet zachodzących w ciążę. Statystycznie pierwsze dziecko rodzi kobieta w wieku 27-28 lat. Szacuje się, że 35-latki stanowią około 10% wszystkich kobiet rodzących. Zaznaczono, że Słupsk odnotowuje spadek w przyroście naturalnym wynoszącym 376 (-3,03 na 1000 mieszkańców).

Zgodnie z mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla Polski, liczba urodzeń żywych w Polsce w 2016 r. wyniosła blisko 382,3 tysiące. Województwem charakteryzującym się najwyższą liczbą urodzeń było woj. mazowieckie, natomiast najniższą – woj. opolskie.

Najwyższą wartością współczynnika płodności w 2016 r. charakteryzowało się woj. pomorskie, natomiast najniższą wartością – woj. opolskie. Województwo pomorskie, mazowieckie, wielkopolskie i małopolskie charakteryzowały się większą wartością współczynnika płodności niż współczynnik płodności dla Polski, natomiast pozostałe województwa miały niższą wartość współczynnika niż współczynnik dla Polski.

Najwyższą wartością współczynnika umieralności okołoporodowej w 2016 r. charakteryzowało się woj. warmińsko-mazurskie, natomiast najniższą – woj. świętokrzyskie. Województwo warmińsko-mazurskie, opolskie, zachodniopomorskie, kujawsko-pomorskie, podkarpackie, śląskie, pomorskie i łódzkie charakteryzowały się większą wartością współczynnika umieralności okołoporodowej niż współczynnik dla Polski.

#### Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest o „*podniesienie lub utrzymanie wiedzy w zakresie dobrostanu zdrowotnego u kobiet i ich rodzin w okresie okołoporodowym i wczesnym macierzyństwie, wśród 50% uczestników programu*”. Należy podkreślić, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie określony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Nie wskazano wartości docelowej do jakiej należy dążyć, co należy uzupełnić.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- 1) „*podniesienie lub utrzymanie wiedzy kobiet ciężarnych i ich partnerów / członków rodziny w zakresie optymalnego przejścia przez ciążę, poród, połóg oraz dotyczącej prawidłowej pielęgnacji noworodka i niemowlęcia ukierunkowanej na zdrowy rozwój oraz zapobieganie chorobom wicku dziecięcego, poprzez zapewnienie stosownego poradnictwa połączonego z warsztatami*”,
- 2) „*podniesienie lub utrzymanie wiedzy kobiet karmiących piersią w zakresie dokonania oceny możliwości rozpoczęcia i utrzymania laktacji, zdiagnozowania przyczyn wystąpienia potencjalnych nieprawidłowości, a także przygotowania i wdrożenia indywidualnego, dostosowanego do potrzeb matki i dziecka planu opieki dotyczącej rozwiązywania problemów laktacyjnych i utrzymania karmienia piersią poprzez zapewnienie stosownego poradnictwa*”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej. Tak jak w celu głównym, należy określić wartości docelowe, które będzie można zmierzyć po zakończeniu programu. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie zarówno pre- i post-testu, zatem określenia przyrostu wiedzy jest możliwe.

W projekcie programu określono następujące mierniki efektywności:

- 1) „*liczba osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie ankiet ewaluacyjnych tzw. pre-testów i post-testów oraz ankiet satysfakcji) w zakresie świadomego rodzicielstwa, bezpiecznego odbycia ciąży, aktywnego porodu, połogu i karmienia piersią, a także opieki nad noworodkiem/niemowlęciem odniesieniu do wszystkich osób, które wzięły udział w programie.*”,
- 2) „*liczba kobiet ciężarnych i ich partnerów członków rodziny uczestniczących w kursie z zakresu szkoły rodzenia w stosunku do wszystkich uczestników w programie*”,
- 3) „*liczba kobiet karmiących piersią korzystających z konsultacji indywidualnych w zakresie laktacji w stosunku do wszystkich uczestników programu*”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, a ich wartości powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej oraz po zakończeniu realizacji. Wskaźniki nr 1 i 3 odnoszą się do celów szczegółowych programu, jednak we wskaźniku nr 3 nie wskazano sposobu weryfikacji częstości karmienia piersią przez kobiety włączone do programu. Wskaźnik nr 2 nie spełnia funkcji mierników efektywności, natomiast może zostać wykorzystany podczas monitorowania. Nie wskazano miernika bezpośredniego odnoszącego się do celu głównego, co wymaga uzupełnienia.

Reasumując, należy wskazać wartości docelowe dla celu głównego i celów szczegółowych. Punkt dotyczący mierników efektywności wymaga uzupełnienia.

#### Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią kobiety ciężarne, partnerzy lub członkowie rodziny (w ramach szkoły rodzenia), a także kobiety z problemami wczesnego macierzyństwa oraz rodzice dzieci 3 r.ż. (w ramach klubu wspierającego) zamieszkujące miasto Słupsk.

Na podstawie danych Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych wielkość populacji docelowej (kobiety ciężarne i ich partnerów/członków rodziny) wyniesie ogółem ok. 4 800 os. Natomiast oszacowana liczba uczestników klubu wspierającego (rodzice dzieci do lat 3), to ok. 2 400 osób. Łącznie do programu planowane jest włączenie 7 200 osób, co daje 900 osób rocznie.

Kryteria włączenia do programu obejmują:

- wiek ciąży powyżej 21 tygodnia ciąży (dotyczy działań z zakresu szkoły rodzenia),
- posiadanie dziecka w wieku do 3 lat (dotyczy działań w zakresie klubu wsparcia dla rodziców i dzieci w wieku do 3 lat),
- zamieszkiwanie na terenie Miasta Słupska (weryfikowane na podstawie podpisanego oświadczenia uczestnika programu),
- pisemne oświadczenie uczestnika programu o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach ruchowych w zakresie realizacji zadań dotyczących szkoły rodzenia,
- pisemna zgoda na udział w programie.

Kryteria wyłączenia z programu mają stanowić:

- wiek ciążowy poniżej 21 tygodnia ciąży (dotyczy działań z zakresu rodzenia),
- posiadanie dziecka w wieku powyżej 3 lat (dotyczy działań w zakresie klubu dla rodziców i dzieci do lat 3),
- zamieszkiwanie poza terenem Miasta Słupsk,
- brak pisemnego oświadczenia uczestnika o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach ruchowych w zakresie realizacji zadań dotyczących szkoły rodzenia,
- brak pisemnej zgody na udział w programie.

### Interwencja

Zgodnie z treścią projektu interwencjami zaplanowanymi w programie są:

- działania informacyjno-edukacyjne,
- kursy i szkolenia
- konsultacje indywidualne prowadzone przez wykwalifikowany personel.

Program będzie realizowany w poradni zapewniającej opiekę okołoporodową (zwanej dalej szkołą rodzenia). Działania edukacyjne, w tym kursy, szkolenia oraz konsultacje indywidualne będą prowadzone w formie zajęć teoretycznych i praktycznych w szkole rodzenia lub w lokalnym szpitalu na oddziale położniczym (jeśli zajdzie taka potrzeba). Zaplanowaną formą zajęć są zajęcia grupowe i spotkania indywidualne. Maksymalna ilość zajęć dla jednej kobiety w ciąży to 20 zajęć, z czego jedno spotkanie będzie trwać około 90 minut. W projekcie przedstawiono szczegółowy zakres tematyczny działań edukacyjnych.

Ponadto przy szkole rodzenia będzie prowadzony klub wspierający rodziców i dzieci w wieku do lat 3, w ramach którego prowadzone będą spotkania, wykłady i warsztaty, również w formie online poprzez portal społecznościowy. Zakres tematyczny zaproponowany w projekcie programu jest zgodny z większością odnalezionych rekomendacji.

Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG 2018), indywidualna opieka prenatalna ma na celu zapobieganie złym wynikom okołoporodowym i zapewnienie edukacji kobietom w czasie ciąży, porodu i połogu poprzez serię indywidualnych spotkań między kobietą a jej położną lub inną osobą świadczącą usługi opieki położniczej. Obawy związane z rosnącymi kosztami opieki zdrowotnej, dostępnością pracowników służby zdrowia, niezadowoleniem z czasu oczekiwania oraz minimalnymi możliwościami edukacji

i wsparcia związanymi z indywidualnym modelem opieki spowodowały zainteresowanie alternatywnymi modelami opieki prenatalnej.

W wytycznych Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego (PTN 2017) zaznaczono, że działania edukacyjne powinny służyć zdobyciu wiedzy nt. etapów rozwoju wcześniaków, ich prawidłowej pielęgnacji, metod fizykoterapii i stymulacji, jak również wpływać na poprawę relacji rodzic-niemowlę, komunikacji rodzic-lekarz i uwrażliwiać rodziców na potrzeby dzieci urodzonych przedwcześnie. Natomiast opieka psychologiczna (szpitalna i pozaszpitalna) powinna mieć zindywidualizowaną, zorientowaną na rodzinę i ukierunkowaną na wspieranie rozwoju dziecka formę.

W przeglądzie systematycznym Bryanton 2013 oceniano skutki ustrukturyzowanej edukacji poporodowej prowadzonej przez osobę lub grupę związaną z ogólnym stanem zdrowia lub opieką noworodka oraz relacjami między rodzicem a dzieckiem. Edukacja na temat zachowań niemowląt spowodowała wzrost wiedzy matki na temat zachowań niemowlęcia w cztery tygodnie po porodzie o średnią różnicę w wynikach 2,85 punktu [95% CI: (1,78;3,91)].

Autorzy metaanalizy Akgün 2019 wskazują, że psychoedukacja jest skutecznym podejściem do redukcji łagodnego lęku przed porodem (FOC) oraz wskaźnika cięć cesarskich (CS). Ogólny wpływ psychoedukacji na poziom FOC u kobiet był istotny statystycznie, a wartość współczynnika wskazuje na umiarkowany efekt (hedges' g 0.59, [95% CI (0.46;0.72)], p=0.000; 931 kobiet). Psychoedukacja zmniejszyła poziom wskaźnika cięć cesarskich o 1,73 (OR 1.730, [95% CI (1.285;2.330)], p=0.000; 682 kobiet). Autorzy metaanalizy wskazują, że włączenie psychoedukacji do rutynowych praktyk pielęgniarstwa (w wynikach badania nie wskazano na opiekę położniczą i psychiatryczną) poprawi jakość opieki zdrowotnej. Uważa się, że kobiety otrzymujące psychoedukację z rutynową opieką pielęgniarstwa będą miały bardziej pozytywne doświadczenia ciążowe i porodowe. Zaleca się by osoby zajmujące się zdrowiem kobiet uświadamiały o skuteczności psychoedukacji na wskaźniki FOC i CS.

Należy również wspomnieć, iż zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2018 poz. 1756), od 1 stycznia 2019 r. wszedł w życie nowy standard organizacyjny, który w kompleksowy sposób obejmuje organizację opieki sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem. Standard będzie obowiązywał we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą, które udzielają świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej.

Na podstawie Zarządzenia nr 22/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2016 r. została wprowadzona koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC). Celem KOC jest zapewnienie kobietom w ciąży skoordynowanej opieki realizowanej na I poziomie opieki perinatalnej, tj. nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem, położeniem oraz opieki nad zdrowym noworodkiem. Opieka w ramach KOC obejmuje: specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, przedporodową i poporodową opiekę położniczą, poród, a w przypadku wskazań medycznych – także niezbędne hospitalizacje.

W projekcie wskazano, że „program jest spójny organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi finansowanymi przez NFZ”. Podkreślono również, że „interwencje w programie są uzupełnieniem świadczeń zdrowotnych finansowanych z NFZ w zakresie opieki okołoporodowej”.

Podsumowując, działania zaplanowane w ramach programu są zgodne z aktualnymi rekomendacjami klinicznymi w przedmiotowym zakresie.

#### Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Należy pamiętać, że monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę

jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja natomiast jest analizą danych uzyskanych w programie realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu ma zostać przeprowadzona na podstawie: „liczba osób, które wzięły udział w kursie z zakresu szkoły rodzenia oraz indywidualnych konsultacjach”, „liczba osób, które zgłosiły się do realizatora i nie zostały objęte działaniami programu z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów)”, „liczba osób, które z własnej woli zrezygnowały z dalszego udziału w programie (ze wskazaniem powodu)”.

W punkcie dotyczącym mierników efektywności przedstawiono wskaźnik nr 2, który można zastosować w procesie monitorowania.

W ramach monitorowania zgłaszalności do programu należy analizować co najmniej: liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej, liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów) oraz liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie zostanie przedstawiona na podstawie analizy ankiet satysfakcji. Do projektu załączono wzór ankiety, który nie budzi zastrzeżeń. Uczestnicy będą mieli również możliwość zgłaszania pisemnych i ustnych uwag do realizatora programu.

Ocena efektywności programu ma zostać przeprowadzona, m.in.: na podstawie analizy wyników pre-testów i post-testów przeprowadzanych wśród uczestników szkoły rodzenia. Należy jednak podkreślić, że wszystkie inne zaproponowane wskaźniki odnoszą się do monitorowania. W związku z powyższym przeprowadzenie kompleksowej oceny efektywności może okazać się utrudnione.

Ewaluacja powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności, odpowiadających wszystkim celom programu polityki zdrowotnej.

Podsumowując, punkt dotyczący ewaluacji wymaga uzupełnienia.

#### Warunki realizacji

W projekcie szczegółowo opisano etapy i działania podejmowane w ramach programu oraz przedstawiono informacje dotyczące warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Ogólnie odniesiono się do akcji informacyjnej, która ma zostać prowadzona przez media społecznościowe oraz inne dostępne środki masowego przekazu. Warto uzupełnić szczegóły tej akcji poprzez podanie, np. konkretnych mediów, które zostaną wykorzystane; określenie jej ram czasowych czy wyznaczenie osób przeprowadzających akcję.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury otwartego konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

Zakończenie udziału w programie jest możliwe na każdym jego etapie na prośbę uczestnika. Następuje ono w przypadku ukończenia kursu/szkolenia/warsztatu z zakresu bezpiecznego odbycia ciąży, aktywnego porodu, położu i karmienia piersi, a także opieki nad noworodkiem zakończonej wypełnieniem post-testu i ankiety satysfakcji. W przypadku konsultacji indywidualnej zakończenie uczestnictwa odbędzie się po wypełnieniu ankiety satysfakcji i przekazaniu informacji o możliwości skorzystania z innych programów finansowanych ze środków miasta Słupska. W przypadku, gdy

uczestnik nie zgłasza się na wyznaczone zajęcia, zostanie automatycznie skreślony z listy uczestników programu.

Całkowity budżet programu oszacowano na ok. 1 764 600 zł, a koszty jednostkowe na kwotę 248 zł. W kosztach jednostkowych nie przedstawiono kosztów poszczególnych interwencji.

W projekcie podzielono koszty na koszty pośrednie i bezpośrednie. Na koszty pośrednie składać się będą m.in. działania informacyjno-promocyjne programu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, plakatów, ulotek, programów edukacyjnych, biuletynów, itp.). Natomiast na koszty bezpośrednie składa się, m.in. koszt kursu edukacyjnego: zajęcia teoretyczne (około 28 godzin), zajęcia praktyczne (około 26 godzin); koszt konsultacji indywidualnej ze specjalistą czy koszt udziału w zajęciach klubu rodzica i dziecka w wieku do 3 lat.

Program będzie finansowany ze środków miasta Słupsk, bądź innych środków zewnętrznych pozyskanych z innych powiatów, poprzez podpisanie stosownego porozumienia z przedstawicielami innych Samorządów Powiatów i jednocześnie zaproszenie do udziału w programie mieszkańców ww. jednostek samorządu terytorialnego.

Podsumowując, należy oszacować koszt poszczególnych interwencji składających się na koszty jednostkowe, w tym m. in.: koszty zajęć edukacyjnych, ewaluacji i monitorowania programu, kosztów administracyjnych, kosztów informacyjno-promocyjnych.

### **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

#### Problem zdrowotny

Edukacja przedporodowa to praktyczne i teoretyczne przygotowanie ciężarnej oraz osoby bliskiej do podejmowania zachowań prozdrowotnych w okresie ciąży, podczas porodu, porożu oraz do rodzicielstwa. Jest to również kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych i przygotowanie do sprawowania opieki nad noworodkiem i niemowlęciem wpływające na obniżenie wskaźnika umieralności okołoporodowej, zmniejszenie liczby cięć cesarskich, porodów przedwczesnych, interwencji medycznych oraz łagodzenie lęku i niepokoju związanego z porodem, wzmocnienie zdrowia i poprawę samopoczucia matek i dzieci

#### Alternatywne świadczenia

Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC) została wprowadzona na podstawie Zarządzenia nr 22/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2016 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. Jej celem jest zapewnienie kobietom w ciąży skoordynowanej opieki realizowanej na I poziomie opieki perinatalnej, tj. nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem, porożem oraz opieki nad zdrowym noworodkiem.

Opieka w ramach KOC obejmuje: specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, przedporodową i poporodową opiekę położnej, poród, a w przypadku wskazań medycznych – także niezbędne hospitalizacje.

Kobieta objęta opieką w ramach „KOC” uzyskuje:

- skoordynowaną opiekę w okresie ciąży, porodu, porożu oraz opiekę nad noworodkiem a następnie niemowlęciem do 6 tyg. życia, sprawowaną przez jeden zespół lekarzy i położnych,
- możliwość wyboru osoby sprawującej opiekę, lekarz ginekolog-położnik lub położna,
- terminowe wykonywanie procedur medycznych, zgodnie z rozporządzeniem o opiece okołoporodowej oraz rozporządzeniem o opiece w ciąży patologicznej,

- świadczenia z zakresie poradnictwa ambulatoryjnego, związane z porodem, w przypadku wskazań medycznych także hospitalizację,
- plan opieki przedporodowej i plan porodu (modyfikowany odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej w trakcie opieki),
- całodobową możliwość kontaktu telefonicznego oraz możliwość uzyskania konsultacji 24h/dobę,
- informacje sposobach radzenia sobie z bólem porodowym – nefarmakologicznych i farmakologicznych, a także pomoc w wyborze odpowiedniej metody,
- opiekę w ośrodku o odpowiednim poziomie referencyjnym, zgodnie ze stanem klinicznym,
- praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa,
- możliwość przystąpienia do „KOC” na każdym etapie ciąży.

Opublikowane zostało również Zarządzenie nr 125/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22 grudnia 2016 roku w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem oraz zmiany niektórych zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.

Wprowadziło ono koordynowaną opiekę nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III).

Celem programu KOC II/III jest zapewnienie kobietom w ciąży skoordynowanej opieki realizowanej na II lub III poziomie opieki perinatalnej, przy czym II poziom – zapewnia opiekę nad patologią ciąży średniego stopnia, a III poziom – nad najcięższą patologią ciąży.

Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży realizowana w ośrodkach II lub III poziomu opieki perinatalnej obejmuje: poradnictwo ambulatoryjne, poród i opiekę nad noworodkiem – a w przypadku wskazań medycznych – także niezbędne hospitalizacje. Przedporodowa i poporodowa opieka położnej finansowana jest odrębnie (pacjentka wybiera położną – zgodnie ze złożoną deklaracją).

#### Ocena technologii medycznej

##### *Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych*

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne (PTG 2009) rekomenduje prowadzenie porodu w warunkach szpitalnych, z zagwarantowanym dostępem do wydzielonej dla cięć cesarskich sali operacyjnej, gdyż tylko takie postępowanie, niezależnie od ryzyka szacowanego przed rozpoczęciem porodu, w sposób zasadniczy zwiększa szansę na uniknięcie wielu niebezpiecznych powikłań zarówno u matki, jak i u płodu oraz szybkie podjęcie interwencji w razie ich wystąpienia.

Zaleca również w miarę możliwości organizacyjnych wprowadzanie trójstopniowej opieki prenatalnej i prowadzenie porodów zależnie od zaawansowania ciąży i przewidywanych komplikacji na odpowiednim poziomie opieki.

Organizatorzy edukacji prenatalnej powinni posiadać kompetencje wymagane do zapewnienia wysokiej jakości edukacji prenatalnej skoncentrowanej na rodzicach (HSE 2020, SoQ 2018, WHO 2016).

##### *Opieka przedporodowa*

Zalecana jest, czyli opieka zorganizowana i zapewniana wszystkim kobietom w sposób zapewniający im godność, prywatność i poufność, zapewniająca wolność od krzywdy i złego traktowania oraz umożliwiająca świadomy wybór i ciągłe wsparcie podczas porodu i położu (WHO 2018, SoQ 2018).



Kobietom w ciąży należy oferować informacje oparte na aktualnych dostępnych dowodach, a także wsparcie umożliwiające im podejmowanie świadomych decyzji dotyczących opieki (HSE 2020, NICE 2019).

Podczas każdej wizyty przedporodowej pracownicy służby zdrowia powinni udzielać spójnych informacji i jasnych wyjaśnień, a kobiety w ciąży powinny mieć możliwość omówienia problemów i zadawania pytań (HSE 2020, NICE 2019, NHMRC 2019, SoQ 2018).

Kobiety w ciąży powinny mieć możliwość uczestniczenia w zajęciach rodzenia typu participant-led (tj. z elastycznym programem uwzględniającym potrzeby danej grupy kobiet/par uczestniczących w zajęciach), w tym w warsztatach karmienia piersią (HSE 2020, NICE 2019, NHMRC 2019).

Opiekę przedporodową powinna sprawować niewielka grupa pracowników służby zdrowia, z którymi kobieta czuje się komfortowo. Opieka powinna być kontynuowana przez cały okres ciąży (NICE 2019).

Modele ciągłości opieki prowadzone przez położną, w których znana położna lub niewielka grupa znanych położnych wspiera kobietę w okresie przedporodowym, śródporodowym i poporodowym, są zalecane kobietom w ciąży w placówkach z dobrze funkcjonującymi programami położniczymi (WHO 2016).

Programy edukacji przedporodowej powinny zapewniać uczestnikom możliwość rozwijania sieci społecznościowych i wsparcia, a zatem poświęcony czas na spotkania towarzyskie w ramach programu powinien być priorytetem (SoQ 2018).

Ustalenie harmonogramu wizyt przedporodowych w oparciu o indywidualne potrzeby kobiety. W przypadku pierwszej ciąży kobiety bez powikłań, harmonogram 10 wizyt powinien być wystarczający. W przypadku kolejnych ciąż niepowikłanych odpowiedni harmonogram 7 wizyt powinien być wystarczający. (NICE 2019, NHMRC 2019).

#### *Podsumowanie opinii ekspertów*

Eksperci wypowiedzieli się w charakterze przemawiającym za finansowaniem programów polityki zdrowotnej z zakresu opieki nad kobietą ciężarną i w połogu ze szczególnym uwzględnieniem edukacji przedporodowej (szkoły rodzenia).

Eksperci zgodnie stwierdzili, że PPZ powinien być skierowany do kobiet w ciąży oraz do ich mężów/partnerów życiowych. Jeden z ekspertów skazał również na personel medyczny świadczący usługi zdrowotne. Eksperci zaznaczyli, że do rozważenia pozostaje forma edukacji w zakresie promocji zdrowia prokreacyjnego w odniesieniu do ludzi młodych, którzy jeszcze nie podejmują decyzji o założeniu rodziny lub ją planują (przygotowanie przed ciążą – kwas foliowy, zdrowy styl życia, zapobieganie ciążyom niechcianym).

W kwestii interwencji jakie powinny zostać zastosowane w ramach PPZ, eksperci wskazali na następujące aspekty:

- poprawa jakości opieki nad kobietą ciężarną i w połogu, wczesne wykrywanie wad rozwojowych, mobilna opieka okołoporodowa, poradnictwo specjalistyczne dla rodziców, ochrona zdrowia dziecka w kierunku wsparcia jego rozwoju psychospołecznego, pogłębiona diagnostyka rozwoju (psychomotorycznego) dziecka, działania uzupełniające, związane z merytorycznym zakresem programu: działania informacyjne, promocyjne, działania informacyjno-edukacyjne, szkolenia dla personelu medycznego, dojazdy na rehabilitację/opieka nad osobą niesamodzielną .
- nabór do programu, udostępnienie programu edukacji, spotkania indywidualne spotkania grupowe: zajęcia teoretyczne, ćwiczenia, ewaluacja

- jedną z form dodatkowych spotkań mogą być zajęcia on-line (indywidualne lub grupowe), ale powinna być również możliwość uczestniczenia w dodatkowych zajęciach w spotkaniach bezpośrednich. PPZ realizowany dla cięż z grupy ryzyka może być prowadzony w innym zakresie i w innej formie (on-line plus wizyty w domu).
- Poradnictwo psychologiczne, zajęcia teoretyczne w szkole rodzenia i praktyczne z kąpielii i pielęgnacji noworodka, inne zajęcia np. ćwiczenia fizyczne.

Eksperci wskazali również potencjalny zakres tematyczny edukacji przedporodowej tj.: rozwój dziecka w fazie prenatalnej, zachowania prozdrowotne w okresie ciąży, przygotowanie do pełnienia ról rodzicielskich, karmienie piersią oraz opieka nad noworodkiem, tematy dotyczące przebiegu ciąży (dolegliwości ciążowe, badania w czasie ciąży), dieta, gimnastyka w czasie ciąży, objawy porodu przedwczesnego, objawy rozpoczynającego się porodu, metody znieczulenia porodu, przygotowanie dokumentacji i rzeczy dla kobiety i dziecka do szpitala, pobyt w szpitalu oraz wiele innych zagadnień.

**Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.**

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 z późn. zm.), z uwzględnieniem Aneksu do raportów szczegółowych „Programy z zakresu opieki nad kobietą ciężarną i w położu ze szczególnym uwzględnieniem edukacji przedporodowej (szkoły rodzenia) – wspólne podstawy oceny” z czerwca 2021 r., raportu AOTMiT nr OT.431.47.2021 „Opieka okołoporodowa dla mieszkańców Miasta Słupska na lata 2022-2030”, lipiec 2021. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 103/2021 z dnia 26 lipca 2021 roku o projekcie programu „Opieka okołoporodowa dla mieszkańców Miasta Słupska na lata 2022-2030”.